

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE TECHNIQUE
DE
L'ARTHRODÈSE SACRO-BISILIAQUE

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU
PROFESSEUR YVES BOURDE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le Mai 1940

PAR

Emile BUERLE

Né le 5 Juillet 1913, à Solliès-Pont (Var)

Interne des Hôpitaux

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. les Professeurs :	
		Henri ROGER, <i>Président</i>	
		Yves BOURDE	
		Maurice BREMOND	{ <i>Assesseurs</i>
		M. Jean FIGARELLA	
		<i>Agrégé</i>	

MARSEILLE
IMPRIMERIE DE LA SOCIÉTÉ DU « PETIT MARSEILLAIS »
19^e, Cours du Vieux-Port, 19^e

1940

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE TECHNIQUE
DE
L'ARTHRODÈSE SACRO-BISILIAQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE N°

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE TECHNIQUE
DE
L'ARTHRODÈSE SACRO-BISILIAQUE

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU
PROFESSEUR YVES BOURDE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le Mai 1940

PAR

Emile BUERLE

Né le 5 Juillet 1913, à Solliès-Pont (Var)

Interne des Hôpitaux

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. les Professeurs :	{	
		Henri ROGER, <i>Président</i>		
		Yves BOURDE		
		Maurice BREMOND		<i>Assesseurs</i>
		M. Jean FIGARELLA <i>Agrégé</i>		

MARSEILLE
IMPRIMERIE DE LA SOCIÉTÉ DU « PETIT MARSEILLAIS »
19^e, Cours du Vieux-Port, 19^e

1940

PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : Lucien CORNIL

Assesseur : A. CHEVALLIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE

Chargés de Cours honoraires : TIAN, BRUN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{me} GEORGE

Professeurs

Anatomie	MM. CORSY
Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale ..	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RINATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	OLMER
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique ophtalmologique	AUBARET
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie interne	MONGES
Pharmacodynamie et Matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	COTTE
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	GAUJOUX
Stomatologie (Professeur sans chaire)	BELTRAMI
Physiologie (Professeur sans chaire)	MALMEJAC

Chargé de Cours

Clinique dermatologique	M. VIGNE
-------------------------------	----------

Agrégés en exercice

MM. J. PIERI, JAYLE, MOIROUD, CARCASSONNE, BERTHIER, POINSO
DUBOULOZ, SAUTET, BALANSARD, BRAHIC, FIGARELLA, SALMON, PAILLAS
ARNOUX, DELPHAUT, IMBERT, AUDIER, CHOSSON, DOR, RECORDIER

Agrégé libre

M. QUINTARET

Chargé des fonctions d'agrégé

Chimie médicale	M. DERRIEN
-----------------------	------------

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique	MM. SALMON
Chimie minérale	ARNOUX
Médecine du travail	PERIOT
Médecine opératoire	DOR
Obstétrique	CHOSSON
Pharmacodynamie aux Pharmaciens	DELPHAUT
Psychiatrie	ALLIEZ
Toxicologie	GUILLLOT
Pathologie externe	MOIROUD
Clinique Gynécologique	FIGARELLA
Clinique Chirurgicale infantile	CARCASSONNE



A MA GRAND'MERE

Faible gage de ma tendresse.

A MA MERE

*En reconnaissance de ce qu'elle a fait
et souffert pour moi. Je lui dédie ce tra-
vail, témoignage de mon amour et de
ma reconnaissance pour elle. Que sa
vie soit pour moi un exemple.*

A MON PERE

*Dont l'exemple de droiture et de pro-
bité professionnelle, ainsi que ses con-
seils, sont pour moi le plus vivant des
enseignements.*

*Qu'il trouve ici l'expression de ma
profonde affection.*

A MES DEUX SŒURS

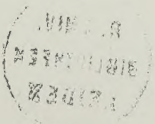
*En souvenir des temps heureux de
notre enfance.*

A TOUS LES MIENS

ET A LA MEMOIRE DE CEUX QUI NE SONT PLUS

AU RÉVÉREND PÈRE JEAN RIMAUD S. J.

Qui m'a appris à penser



A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI ROGER

Professeur de Clinique Neurologique
Chevalier de la Légion d'Honneur

Les six mois que nous avons passés auprès de lui nous ont permis d'apprécier, en plus de sa prodigieuse érudition, une bonté et une sollicitude inépuisables pour ses élèves.

Nous le remercions respectueusement du grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider le jury de notre thèse. Nous sommes heureux de lui en exprimer toute notre reconnaissance.

Que cette thèse soit pour lui un hommage de gratitude et de respectueuse affection.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE BREMOND
Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous garderons un souvenir ému de la sollicitude qu'il nous a réservée et de l'affection qu'il nous porte.

Nous saurons profiter des qualités de ce Maître, dont l'esprit est de finesse et de délicatesse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR YVES BOURDE
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a donné l'idée de ce travail auquel il a apporté une si large contribution. La sollicitude et l'affection qu'il nous a témoignées font qu'il est pour nous beaucoup plus qu'un Maître. Nous n'oublierons jamais sa bienveillance à notre égard et chercherons à nous inspirer, à l'avenir, de son enseignement à la fois si simple, si pratique et si lumineux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN FIGARELLA
Chargé de cours de Clinique Gynécologique
Chirurgien des Hôpitaux

Il s'est toujours, et depuis longtemps, intéressé à nous. Tout au long de nos études et de notre préparation au concours de l'Internat, nous avons bénéficié de sa remarquable érudition et de son lumineux esprit de précision.

Qu'il reçoive ici l'expression de notre reconnaissance.

*
* * *

Nous les remercions bien vivement d'avoir accepté de faire partie du jury de notre thèse.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. MATTEI

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. IMBERT

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. BREMOND

MONSIEUR LE PROFESSEUR D. OLMER

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. PIERI

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. ROGER

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'externe.*

MONSIEUR LE DOCTEUR G. BONNAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR Y. BOURDE

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'interne.*

A NOTRE JURY D'INTERNAT

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

ET EN PARTICULIER A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARC ROMIEU

A MONSIEUR LE COLONEL ROGER JARRY
Bactériologiste (Concours Institut Pasteur)
Médecin des Hôpitaux Militaires — Phtisiologue

*Il nous a toujours témoigné la plus
grande bienveillance.*

*Qu'il reçoive ici l'expression de notre
reconnaissance.*

A CEUX QUI NOUS ONT PRÉPARÉ AUX CONCOURS

MONSIEUR LE DOCTEUR MONTFORT

MONSIEUR LE DOCTEUR LLUCIA

MONSIEUR LE DOCTEUR ESCARRAS

MONSIEUR LE DOCTEUR DUMON
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR FIGARELLA
Professeur Agrégé de Chirurgie
Chirurgien des Hôpitaux

A NOTRE COLLÈGUE ET AMI STEPHANOPOLI DE COMNENE

*Qui nous a aidé dans l'élaboration de
cette thèse.*

A NOS CAMARADES D'INTERNAT ET DE LA FACULTE

A NOS AMIS DE L'HOPITAL SALVATOR

*Que nous avons connus et appréciés
pendant les six mois inoubliables que
nous y avons passé.*

MONSIEUR LE DOCTEUR PERIOT

*Dont l'enseignement si pratique et si
précis restera toujours présent à notre
esprit.*

MADAME DUHAMEL

Si dévouée dans son laboratoire.

NOS CAMARADES

CAPEL, DECOMBES, DESANTI, MARCORELLES

*Qu'ils reçoivent ici la preuve de notre
reconnaissance et de notre amitié.*

A NOS AMIS DE LA CONFERENCE AUGUSTIN-FABRE

A NOS AMIS DES IRIS

A NOS SUPERIEURS ET CAMARADES DE GUERRE

A TOUS NOS AMIS

CHAPITRE PREMIER

GENERALITES

Les méthodes opératoires pour obtenir la suppression anatomique ou fonctionnelle de l'articulation sacro-iliaque comprennent :

- les arthrodèses ;
- la résection ;
- la résection combinée à l'arthrodèse.

Seule la méthode de *l'arthrodèse* nous retiendra ici. A son tour, l'arthrodèse comporte, pour sa réalisation, les procédés suivants :

a) L'arthrodèse intra-articulaire, dont le type est l'opération de Smith-Petersen ;

b) L'arthrodèse intra-articulaire ou *enchevillement* par greffon rigide et long (type opération de Gino Pieri) ;

c) Les arthrodèses extra-articulaires, qui peuvent être réalisées soit par la *technique de Lefort et Ingelrans* (volet osseux détaché dans le massif de l'épine iliaque postéro-supérieure), soit par *greffons prélevés sur le tibia* (techniques de Verral, de Massart).

Après avoir essayé la résection, puis l'enchevillement trans-articulaire, c'est aux procédés extra-articulaires par greffon tibial que nous en sommes actuellement arrivé dans le service de Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Les procédés d'arthrodèse extra-articulaire immobilisent d'une façon définitive l'articulation du sacrum avec l'os iliaque, en vue d'obtenir la guérison d'une des affections dont nous parlerons à propos des *indications opératoires*.

Mais l'une de leurs supériorités réside dans leur aptitude à permettre de réaliser, suivant les cas :

- soit l'immobilisation d'une seule sacro-iliaque ;
- soit l'immobilisation des deux articulations, créant ainsi un blocage sacro-bisiliaque complet.

La technique que nous présentons ici assure le blocage bilatéral, quand il est reconnu nécessaire. Elle est une simplification des techniques déjà connues, dont elle s'inspire et dont elle conserve l'efficacité.

Nous exposerons tout d'abord les *avantages du blocage bisiliaque*, ensuite nous décrirons la *technique* que nous avons suivie, en la comparant à celle des auteurs qui nous ont précédé ; enfin, nous discuterons ses *avantages* et ses *indications*.

CHAPITRE II

AVANTAGES DE L'ARTHRODESE EXTRA-ARTICULAIRE SACRO-ILIAQUE

Ces avantages sont d'ordre général et d'ordre technique.

A) **Les avantages d'ordre général** découlent de l'étude des affections qui motivent l'arthrodèse. Ils ne sont pas spéciaux à l'articulation qui nous intéresse ici.

a) En particulier, les procédés extra-articulaires n'ouvrent pas l'articulation malade, ouverture qui peut avoir des conséquences sérieuses en cas d'arthrite tuberculeuse non ou mal refroidie ;

b) De plus, il est actuellement prouvé que les greffons mis *au voisinage* d'une articulation courent moins le risque de fracture ou de résorption que lorsqu'ils traversent la jointure elle-même. Les greffons transarticulaires se fracturent souvent, lorsque l'articulation a conservé une cavité même minime, un jeu même atténué. La partie du greffon qui est située dans la cavité articulaire n'est pas dans des conditions biologiques favorables. Si l'articulation est très malade, symphysée par les poussées inflammatoires, le risque de résorption est moindre, mais l'ouverture de la jointure n'est pas toujours sans inconvénients.

B) **Les avantages techniques** sur les procédés d'enchevillement intra-articulaire sont évidents.

Gino Pieri lui-même conseille, pour exécuter son arthrodèse par greffon transarticulaire, un repérage précis, une visée soignée. Il faut, d'après cet auteur, opérer en ayant sous les yeux une pièce sèche du bassin pour bien se rendre compte du trajet à donner au perforateur.

Ces difficultés sont certaines.

Le Professeur Yves Bourde, dans un de ses cas, a dû reprendre quelques jours plus tard la mise en place d'un greffon, dont le tunnel avait été creusé trop verticalement, et qui, ainsi, n'atteignait pas la surface articulaire sacrée, mais venait s'appuyer sur le flanc de la cinquième lombaire.

Toutes proportions gardées, on retrouve là les difficultés qu'on rencontre dans un enclouage correct du col du fémur.

Une erreur d'angle fait dévier le greffon et fait manquer l'opération.

C) Enfin, **autre avantage**, et capital celui-là à notre avis, l'arthrodèse extra-articulaire par greffon tibial permet d'exécuter le *blocage simultané* des deux articulations sacro-iliaques par un seul greffon.

INTERET DU DOUBLE BLOCAGE SACRO-ILIAQUE

Cet intérêt ne peut se discuter en cas d'arthrite bilatérale. Les faits de cet ordre ne sont pas rares, comme nous le verrons plus loin.

Mais même en cas d'arthrite unilatérale, il nous paraît que le blocage sacro-bisiliaque est plus avantageux.

En effet, l'anneau pelvien, s'il n'est bloqué que d'un côté sur le sacrum et s'il conserve des mouvements au niveau de l'autre jointure, cet anneau brisé pourra rester, du côté de la jointure bloquée, le siège de tiraillement dangereux, et, au niveau de la jointure encore libre, de tiraillements douloureux.

Il est indéniable que pour supprimer une fois pour toutes les mouvements du sacrum et les tractions sur les ligaments, soit dans le sens vertical, soit dans le sens de la nutation, un enraidissement complet de ses deux articulations latérales vaut mieux que le blocage unilatéral.

Nous avons pu vérifier une fois ce fait, dans un cas où l'articulation bloquée était devenue indolore, mais où nous vîmes alors apparaître, quelques mois plus tard, des douleurs du côté opposé telles qu'une deuxième arthrodèse aurait été réalisée si des circonstances indépendantes de notre volonté et du désir de la malade ne s'y étaient opposés.

INCONVENIENTS DU DOUBLE BLOCAGE

On peut, théoriquement, reprocher au double blocage, en supprimant tout mouvement du sacrum sur le bassin, de présenter ainsi, en cas de grossesse, un facteur possible de dystocie.

Ce reproche pourrait être adressé à la méthode générale elle-même de l'arthrodèse sacro-iliaque. Si l'arthrodèse unilatérale bloque vraiment l'articulation, elle sera tout aussi gênante. Si, comme nous le pensons, elle ne bloque qu'incomplètement les mouvements, elle est tout aussi gênante en cas d'accouchement, mais elle est moins efficace comme moyen de guérison de l'arthrite.

Et, tout bien pesé, c'est avant tout ce dernier but que nous visons.

La dystocie par immobilité sacrée n'est pas prouvée. Si elle est légère, elle passera inaperçue. Si elle se révèle comme devant être sérieuse, les méthodes obstétricales modernes sauront y parer certainement. Massart estime ces craintes non justifiées, car plusieurs de ses opérées ont pu mener à bien grossesse et accouchement.

CHAPITRE III

TECHNIQUE UTILISEE

La technique que nous avons vu appliquer par le Professeur Yves Bourde dérive de celle de Massart, elle-même modification et simplification de la technique de Verral.

Dans diverses publications et dans la *Pratique Orthopédique*, écrite en collaboration avec Vidal-Naquet, Massart décrit ainsi sa technique : double incision, l'une oblique, l'autre verticale ; dénudation osseuse mettant à nu la fosse iliaque externe ; dégagement de la crête sacrée ; forage d'un canal osseux à travers l'os iliaque passant sous la crête sacrée, ressortant par l'os iliaque opposé. Mise en place d'un greffon tibial dans le canal ainsi foré.

La figure I de notre travail montre l'opération pratiquée selon cette technique en cours d'exécution.

Voici, en détails, la technique très voisine que nous suivons :

Anesthésie rachidienne si possible :

1° Mensuration de la distance entre les deux épines iliaques postéro-supérieures.

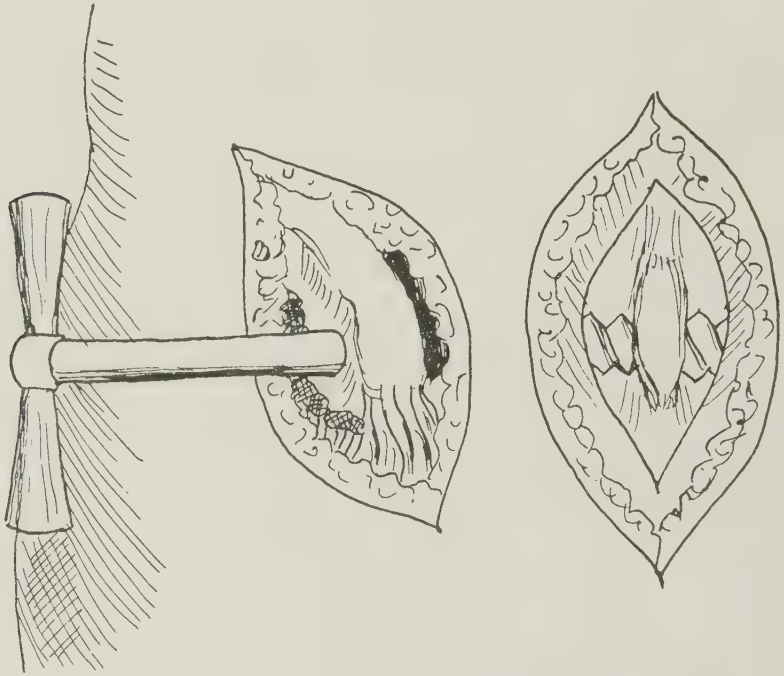
Taille d'un greffon tibial rigide, compressant toute l'épaisseur de l'os, large d'un travers de doigt, long de la distance ci-dessus, augmentée de quatre centimètres environ.

2° Incision curviligne (afin que la ligne de suture ne soit pas superposée exactement au greffon) à convexité supérieure allant d'une fosse iliaque externe à l'autre, la corde de cet arc passant par les deux épines iliaques postéro-supérieures.

Hémostase de quelques branches cutanées postérieures des artères sacrées latérales très tenues (Cf : Salmon. *Les Artères de la Peau*, chez Masson et C^{ie}).

La lèvre inférieure, curviligne, est séparée au bistouri du plan aponévrotique.

3° Incision transversale de l'aponévrose lombo-sacrée et fessière sur une ligne à peine sus-jacente aux deux épines iliaques postéro-supérieures.



D'après Massart et Vidal-Naquet
(*Pratique Orthopédique*, P. 310)

FIGURE 1.

*Forage d'un canal osseux à travers l'os iliaque
passant sous la crête sacrée, ressortant par l'os iliaque opposé*

On aperçoit ainsi, en allant de dehors en dedans, les muscles fessiers, le massif osseux de la tubérosité iliaque, la partie la plus inférieure du muscle sacro-lombaire, ou plutôt de la masse commune, la crête sacrée, puis la masse commune opposée, etc.

4° Creusement, dans chaque tubérosité iliaque, d'une gouttière horizontale large d'un travers de doigt, allant en profondeur jus-

qu'au plan de l'articulation sacro-iliaque, qu'on n'ouvre pas, mais dont on aperçoit très bien l'interligne.

5° Sur la droite qui joint ces gouttières, on creuse au niveau du sacrum, sur la ligne médiane, une tranchée horizontale de même largeur. Cette tranchée emportera en général la première apophyse sacrée.

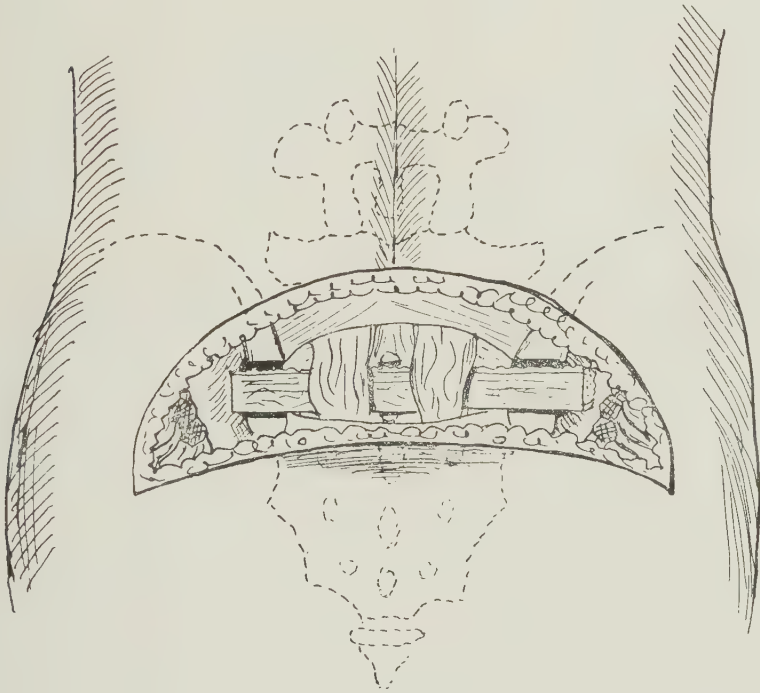


FIGURE 2.

Technique utilisée dans notre cas

Une mortaise a été creusée dans chaque massif iliaque

Une tranchée a été pratiquée dans le sacrum

Le greffon passe sous les faisceaux les plus inférieurs des muscles spinaux

En profondeur, elle doit permettre au greffon une fois encasté dans les deux os iliaques, de s'appuyer sur le sacrum par un appui large et non anguleux.

6° Aux ciseaux mousses, les deux masses communes sont détachées des gouttières sacrées pour permettre au greffon de glisser sous ces muscles.

7° Mise en place du greffon qu'on introduit à petits coups de maillet :

- a : dans la rainure iliaque ;
- b : sous la masse commune ;
- c : dans la tranchée sacrée ;
- d : sous la masse commune opposée ;
- e : dans la rainure iliaque opposée.

La figure II rend compte de ce temps.

8° Le greffon étant, grâce à l'ajustement des bords des tranchées à sa taille, grâce surtout aux muscles sacro-lombaires, en quelque sorte auto-statique, il suffit de suturer, en tirant un peu, l'aponévrose aux points séparés, puis la peau aux crins.

Nous conseillons un petit drainage des angles par minuscule drain de verre.

L'opéré restera couché à plat ventre pendant vingt jours. Un décubitus dorsal de deux mois nous paraît ensuite nécessaire à la bonne prise du greffon. La radiographie qui accompagne ce travail montre le résultat obtenu.

COMMENTAIRES

Comme on le voit, cette technique dérive directement de celle de Verral, reprise par Massart.

Mais il nous paraît que tout en conservant les principes de base de cette dernière, elle offre sur elle quelques avantages :

a) Une seule incision suffit pour la conduire de bout en bout (Massart, dans sa communication de 1934, utilisait une seule grande incision à lambeau) ;

b) Elle n'exige aucune grande instrumentation spéciale ; les instruments courants (rugines, maillet, ciseaux frappés sont suffisants).

Notons toutefois que les ciseaux contre-coudés de Silhol nous ont facilité le creusement des mortaises osseuses destinées à recevoir le greffon.

c) Elle n'exige pas la perforation par une tarière de gros calibre. Cette perforation très facile à bien mener, lorsqu'on ne veut bloquer qu'un seul côté, est plus délicate si on veut atteindre la tubérosité iliaque du côté opposé.



En effet au moment du passage à travers le sacrum le perforateur chemine sous la crête sacrée, en arrière du canal sacré.

Ce cheminement, s'il se fait à trop grande profondeur, risque de mordre sur la paroi postérieure du canal.

Pour bien perforer en bonne place les deux tubérosités iliaques en restant tangent au canal sans risquer de l'intéresser, une habileté spéciale est nécessaire.

La difficulté n'est pas immense, c'est entendu, mais elle n'en existe pas moins.

Dans la modification que nous proposons, le creusement de la rainure sacrée se fait sous le contrôle de la vue. Si le canal apparaît avec sa graisse épidurale, on s'arrête et les éléments profonds sont ainsi ménagés à coup sûr.

CHAPITRE IV

INDICATIONS OPERATOIRES

Les indications découlent de ce que nous avons dit plus haut.

A) En cas **d'arthrite unilatérale** (tuberculeuse ou non), le blocage bisiliaque assure mieux, nous semble-t-il, l'immobilisation de l'articulation malade, et, plutôt que de laisser à l'autre articulation quelques faibles mouvements plus nuisibles qu'utiles, mieux vaut rechercher avant tout la mise au repos totale de l'arc brisé ilio-sacro-iliaque.

B) En cas **d'atteinte bilatérale sacro-iliaque**, l'indication du blocage double est indiscutable. Nous ne désirons pas entrer dans le détail de toutes ces *ilio-sacralgies* d'origine statique, rhumatismale, infectieuse, etc., sur lesquelles Massart, Lepennetier et Perlès (*Science Méd. Pratique*, décembre 1938) ont publié des travaux, auxquels nous ne saurions rien ajouter et dont l'étude déborderait le cadre de notre travail.

C) Rappelons enfin, qu'à l'atteinte sacro-iliaque s'ajoute parfois une atteinte articulaire lombo-sacrée.

Il est aisé de concevoir que notre technique permettrait l'adjonction d'un verrouillage lombo-sacré à la greffe bisilio-sacrée que nous avons réalisée.

L'arthrodèse extra-articulaire sacro-iliaque, opération dépourvue de gravité, comme y a bien insisté Massart, mérite donc d'être considérée avec faveur par les praticiens dans la thérapeutique des nombreuses affections articulaires de cette région.

Notre Thèse n'avait d'autre but que de bien montrer la simplicité technique de sa réalisation.

CONCLUSIONS

1° Dans le traitement des ilio-sacralgies de toutes natures, le blocage articulaire par arthrodèse paraît être actuellement une ressource de haute valeur.

2° L'arthrodèse extra-articulaire par greffon rigide est un procédé de réalisation aisée, exempt de gros dangers et d'une efficacité certaine.

3° Cette efficacité est augmentée encore par le blocage bisiliaque, vulgarisé en France par Massart.

4° La technique de cet auteur, très satisfaisante, peut être rendue plus facile encore, comme nous avons essayé de le montrer dans ce travail.

La mise en place du greffon n'y exige aucun instrument spécial, le creusement de son lit n'est exposé à aucune faute de visée, puisqu'il se passe entièrement sous le contrôle de la vue.

C'est une opération qui mérite d'être envisagée sans appréhension par le praticien.

LU ET APPROUVÉ :
Le Président de Thèse,
Henri ROGER

VU ET APPROUVÉ :
Le Doyen,
Lucien CORNIL

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Aix, le 26 Avril 1940.
Le Recteur, GAU

BIBLIOGRAPHIE

L'ensemble de la question est parfaitement mis au point dans les travaux suivants :

LE FORT et INGELRANS. — In *Traité de Chirurgie Orthopédique*, Ombrédanne et Mathieu (Masson et C^{ie}), tome IV, p. 2998.

MASSART et VIDAL-NAQUET. — *Pratique Orthopédique* (chez Amédée Legrand).

Notons, en outre, les intéressants articles suivants :

LEPENNETIER et PERLÈS. — L'Ilio-Sacralgie (*Science Médicale Pratique*, décembre 1938).

MASSART. — Les arthrites chroniques sacro-iliaques. Leur traitement chirurgical par l'arthrodèse (*Société des Chirurgiens de Paris*, 6 juillet 1934).

Table des Matières

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS	11
-------------------	----

CHAPITRE II

AVANTAGES DE L'ARTHRODÈSE EXTRA-ARTICULAIRE SACRO-ILIAQUE	13
<i>Intérêt du double blocage sacro-iliaque</i>	14
<i>Inconvénients du double blocage</i>	15

CHAPITRE III

TECHNIQUE UTILISÉE	17
<i>Commentaires</i>	20

CHAPITRE IV

INDICATIONS OPÉRATOIRES	23
CONCLUSIONS	25
BIBLIOGRAPHIE	26

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
